**DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL**

Jo, ................................................................................................................................................................

amb DNI / NIE / Passaport número............................................................

amb domicili a............................................................................................número ..........................

població................................................................................. i telèfon: ..............................................

Amb la capacitat suficient per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació adequada que m’ha permès reflexionar,

**1.- MANIFESTO:**

Que, d’acord amb la Llei de Catalunya 21/2000 i la Llei bàsica de l’Estat 41/2002, signo aquest Document de Voluntats Anticipades perquè, quan em trobi en una situació en la qual, no pugui prendre decisions o expressar la meva voluntat per mi mateix/a, es coneguin els valors i preferències en què se sustenten les instruccions que exposo i que vull que es respectin en la meva atenció sanitària.

**2.- DECLARO:**

**2.1 VALORS VITALS**: Per al meu projecte vital, la **qualitat de vida** és un aspecte molt important, i aquesta qualitat de vida la relaciono amb els següents supòsits:

* La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me de manera conscient amb altres persones.
* No patir dolor físic ni psíquic.
* Tenir capacitat funcional que em permeti l’autonomia en la vida diària.
* No perllongar de manera artificial la meva vida quan la situació clínica sigui irreversible.
* ...........................................................................................................................................

**2.2 SUPÒSITS I SITUACIONS**: Els **valors vitals** esmentats vull que es respectin especialment en les situacions següents:

* Dany cerebral sever i irreversible per qualsevol causa, inclús per accident.
* Malaltia degenerativa en fase invalidant.
* Vellesa avançada amb deteriorament important del meu estat general.
* Estat avançat de qualsevol malaltia de pronòstic fatal.
* Qualsevol situació en què no hi hagi expectatives de recuperació i que se’n derivin seqüeles que impedeixin una vida digna segons jo l’entenc i he expressat a l’apartat anterior.

( Marqueu a partir de quina de les tres opcions voleu que es compleixin les vostres instruccions. **Marqueu-ne només una** )

* Demència **moderada**, que m’impedeixi viure sol/a i/o realitzar activitats com ara*: sortir al carrer sense acompanyament*, *cuinar, comprar, ...*
* Demència **moderadament severa**, que generi la impossibilitat de valdre’m per mi mateix/a en activitats com ara: *vestir-me, dutxar-me, menjar sol/a, anar al lavabo, llegir, escriure,...*
* Demència **severa**, que m’impedeixi: *comunicar-me o reconèixer les persones afectivament properes i/o em mantingui immobilitzat/da en una cadira o en un llit,* ...

**2.3 INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES:** En les situacions anteriorment expressades vull que **s’adeqüi l’esforç diagnostico-terapèutic**:

* No iniciant reanimació cardiopulmonar
* No iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials amb tècniques de suport vital o procediments fútils de qualsevol tipus.
* Administrant-me els fàrmacs necessaris per evitar el sofriment físic i/o psíquic arribant, si cal, a la sedació pal·liativa profunda i continuada.
* Si la meva situació comporta la incapacitat per alimentar-me i hidratar-me jo mateix/xa, no vull que m’alimentin ni que m’hidratin a la força.
* Només accepto contenció mecànica o farmacològica quan sigui per evitar danys a la meva persona o a tercers, i sempre amb prescripció mèdica.
* Davant d’una complicació del meu estat, sempre que sigui possible, vull que se m’atengui al lloc on resideixo .
* Algunes patologies cursen amb manca de consciència de malaltia. Si, arribat el moment d’executar la meva voluntat expressada en aquest document, manifesto un parer discrepant amb el seu contingut, **reclamo que prevalgui la meva voluntat aquí expressada**.
* Si es compleixen els requisits establerts per la legislació vigent, demano que se m’ajudi a morir mitjançant **l’eutanàsia** i vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre-la.
* Faig donació dels meus òrgans i teixits.

**3.- ALTRES:**

……………………………………………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**4.- SOL·LICITO**: Als professionals sanitaris que no estiguin en disposició d’atendre les meves voluntats que em derivin a un altre equip assistencial que se’n faci càrrec.

**DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT** (opcional)

En el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, i d’acord amb la legislació vigent, designo com representant per a la interpretació i aplicació d’aquest document davant l’equip sanitari que m’atendrà a :

Nom i cognoms:...........................................................................................................................................

amb DNI / NIE / Passaport número...................................................................................................

amb domicili a........................................................................................................., número .................

població.....................................................................................telèfon: .....................................................

Data ............................................................

Signatura del o la representant:

**Representant substitut/a** (opcional)

Nom i cognoms:..........................................................................................................................................

amb DNI / NIE / Passaport número..................................................................................................

amb domicili a.........................................................................................................., número ...............

població.......................................................................................telèfon: ...................................................

Data ............................................................

Signatura del o la representant:

**Signatura de la persona que fa el DVA**

Lloc.................................................................................................................. Data......................................................................

Signatura: